Lane Medical Library

Aus der gynækologischen Klinik zu Bern.

Ueber

Retroversio uteri

und ihre

Operative Behandlung

durch die

Laparotomie

(Fixation der ligamenta rotunda an die vordere Bauchwand)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

verfasst und der

hohen medizinischen Falkultät der Universität Bern

vorgelegt von

Hans Victor Otz

gew. Assistenzarzt der Klinik.

BERN

Haller'sche Buchdruckerei

1902

Aus der gynækologischen Klinik zu Bern.

Ueber

Retroversio uteri

und ihre

Operative Behandlung

durch die

Laparotomie

(Fixation der ligamenta rotunda an die vordere Bauchwand)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

verfasst und der

hohen medizinischen Falkultät der Universität Bern

vorgelegt von

Hans Victor Otz

gew. Assistenzarzt der Klinik.

BERN

Haller'sche Buchdruckerei

1902

Auf Antrag des Herrn Prof. Dr P. Müller von der Fakultät zum Drucke genehmigt.

Bern, den 9. Januar 1901.

Der Dekan der med. Fakultät:

Prof. Dr Heffter.

Meinen lieben Eltern

in

Dankbarkeit gewidmet.

Die Retrodeviationen des Uterus bilden unstreitig eines der häufigsten Leiden der weiblichen Sexualorgane.

Die Aetiologie dieser Lageanomalie der Gebärmutter ist eine verschiedene. In erster Linie müssen wir ein schlecht abgewartetes Wochenbett dafür verantwortlich machen. Und zwar ist hier nicht nur das Wochenbett nach einer normalen rechtzeitigen Geburt, sondern ebenso sehr die Zeit nach einem Abort gemeint. Man ist manchmal wirklich erstaunt zu vernehmen, wie Frauen, die natürlich gewöhnlich der ärmeren, schwer arbeitenden Klasse der Bevölkerung angehören, am 1.—2. Tag nach einer rechtzeitigen Geburt das Bett schon verlassen, um ihre gewöhnlichen Hausgeschäfte wieder zu besorgen. Wie das Verhalten in solchen Fällen nach Fehlgeburten ist, kann man sich leicht vergegenwärtigen. Hier ist nach eingetretenem Ereignis von irgend welcher Schonung meist gar keine Rede. Oft wird ein solcher Abort nur als stärkere Regel gedeutet und in anderen Fällen, wo er wirklich als solcher erkannt ist, wird ihm selten die Bedeutung zugemessen, die ihm in Wirklichkeit zukommt.

Was geschieht nun bei einer solch' unvernünftigen Puerpera? Der ganze noch succulente, stark gedehnte Bandapparat samt dem Beckenperitoneum, welche sonst die normale Lage des Uterus bestimmen, kommen nicht zur Ruhe und können sich nicht in normaler Weise zurückbilden. Das Gewicht des noch grossen und schweren

Uterus, die frühzeitige Einwirkung der Bauchpresse, die dadurch bedingte Blutstauung in den noch blutüberfüllten Organen, sind dieser Rückbildung hinderlich. Ist nun auf diese Weise die Retroversio auch noch nicht ganz perfekt geworden, so ist doch zum mindesten die Anlage dazu geschaffen und in der Folgezeit wird sich zweifellos eine Retroversion mit all' ihren Folgeerscheinungen, auf die wir noch werden zu sprechen kommen, herausbilden.

Neben diesen einfachen Retroversionen puerperalen Ursprungs, müssen wir einer 2. Hauptklasse von Rückwärtslagerungen der Gebärmutter Erwähnung thun. Wir meinen die Fälle von unkomplizierter Retroversio des virginellen Uterus. Hier soll nach Olshausen die Lageanomalie sehr häufig auf einer hochgradigen, aus der Kindheit herrührenden Hartleibigkeit beruhen. Die das Rectum konstant ausfüllende Säule von festen Faecalmassen sollen den Cervix nach vorne schieben, dadurch eine Verlängerung der Plicae Douglasii bedingen und so eine Retroversion zu stande bringen.

Nach Fehling soll die Mehrzahl der Fälle dieser Kategorie auf Erschlaffungszuständen infolge schwerer Anaemie beruhen. Daraus sollen venöse Stauung und auch ohne Hinzutritt infektiöser Katarrhe perimetritische Entzündungsprozesse resultieren, welche nicht nur zur Verwachsung des Uterus mit der Nachbarschaft führen, sondern auch den Grund für adhaesive Bildungen an den Adnexen des Uterus abgeben.

Mein hochverehrter Chef und Lehrer Herr Prof. Dr. P. Müller glaubt auch, dass eine nicht geringe Anzahl dieser Retroversionen angeboren sind und zwar gestützt auf die Thatsache, dass dieselben schon sehr frühzeitig in der Pubertät konstatiert werden können, ohne dass irgend welche Störungen in der Kindheit vorausgegangen wären, von denen manche die Entstehung der Retroversio und Retroflexio herleiten.

Hierher wären denn auch wohl die Fälle zu rechnen, wo B. S. Schultze als ätiologisches Moment eine Verkürzung der vorderen Scheidenwand, respektive eine mangelhafte Entwicklung der ganzen Scheide annimmt.

Neben diesen zwei Hauptentstehungsarten der Retrodeviationen des Uterus gibt es nach Olshausen noch Fälle, wo entweder die ein- oder beidseitig erkrankten Adnexe oder ein sich resorbirendes retrouterines Exsudat durch Zug und Fixation des Uterus nach hinten für die falsche Lage verantwortlich gemacht werden können. In selteneren Fällen soll auch ein akutes Trauma die Ursache bilden. Die im vorgerückteren Alter aus unbekannter Ursache entstandenen Rückwärtslagerungen, die zufällig gefunden werden, weil sie meist ganz symptomlos verlaufen, wollen wir hier nur kurz anführen. Dieselben sind fast immer mit einer allgemeinen Enteroptose vergemeinschaftet und bedürfen meist keiner besondern Behandlung.

Was die Symptome der Rückwärtslagerung anlangt, so können dieselben sehr mannigfacher Art sein, und sind der Ausdruck entweder sexuell funktioneller Störungen oder fortgeleiteter nervöser Erscheinungen. Der Grad der Retroversion wird in den wenigsten Fällen massgebend sein für die Intensität der Beschwerden, gibt es ja doch ausgesprochene Retroversionen auch bei jungen Personen, welche den Trägerinnen entweder gar keine oder dann nur geringe Beschwerden verursachen. Umgekehrt gibt es wieder unkomplizierte Retroversionen mässigen Grades, wo die Frauen, ganz abgesehen von begleitenden nervösen Erscheinungen, ausgeprägte funktionelle Störungen darbieten. Bei dieser Gelegenheit möchten wir doch vorgreifend, gestützt auf die auf unserer Klinik beobachteten Fälle von scheinbar unkomplizierten Retroversionen, uns jetzt schon die Frage erlauben, ob die bei der Operation so oft zufällig entdeckten, meist zwar nur geringgradigen Veränderungen an den Ovarien für die betreffende Patientin wirklich so ganz symptomlos bestanden haben? Könnte nicht vielleicht doch ein

Teil des ganzen Symptomenkomplexes in den veränderten Ovarien seinen Sitz haben? Vorläufig wollten wir hier nur diese gewiss berechtigte Frage ventilieren, um dieselbe dann später einer eingehenderen Besprechung zu unterziehen.

Fragen wir uns nun nach den einzelnen Symptomen, welche für die Retrodeviationen des Uterus mehr oder weniger pathognomonisch sind, so müssen wir hier örtliche von Allgemeinerscheinungen zu trennen suchen, obschon beide vielfach in einander übergehen.

Nach Fehling kommen bei den örtlichen, d. h. den vom Uterus und dessen Nachbarschaft ausgehenden Beschwerden hauptsächlich in Betracht, die menstruellen Blutungen, die Dismenorrhoe, der Fluor, der Drang nach unten, das Gefühl der Schwere, die Störungen von Seite der Blase, der häufige Drang und Reiz. Dagegen will Fehling die habituelle Obstipation nicht als Folgeerscheinung der Retroflexio, sondern vielmehr als primaeres, die Lageanomalie verursachendes oder zum mindesten agravierendes Moment gelten lassen, wie es als Begleiterin anämischer nervöser Zustände beim weiblichen Geschlecht so häufig vorkommt.

Zu den Allgemeinerscheinungen sind nach Fehling zu rechnen das Kreuzweh, welches nach der Ansicht unseres Autors nicht durch direkten Druck des schweren Uterus auf den plexus sacralis entstehen kann, sondern durch venöse Stauungen im Gebiete dieser Nerven und fortgeleiteter Entzündungsprozesse vom Douglas und Kreuzbein aus bedingt ist. Dazu kommen die von Hegar kurzweg als Lendenmarksymptome bezeichneten Erscheinungen, die sind, ausstrahlende Schmerzen im Rücken, zwischen den Schultern, in den Beinen, die nervösen Erscheinungen von Seiten des Kopfes, als Kopfweh, Migräne, Clavus, die nervösen Erscheinungen von Seiten des Magens, Ructus, Aufstossen, Uebligsein und Brechen, die nervöse Dyspepsie, Neurosen des Herzens, Engsein auf der Brust, endlich das ganze Heer der neurasthenischen und hysterischen Erscheinungen spinaler und cerebraler Natur.

Nach diesen einleitenden Erörterungen über Aetiologie und Symptomatologie wollen wir übergehen zur Behandlung dieses so häufigen Sexualleidens der Frauenwelt.

Ist eine Retroversion wirklich als solche erkannt worden, so haben wir in jedem Falle vor Einleitung einer lokalen Behandlung uns die wichtige Frage vorzulegen, gehen die Beschwerden wirklich von einer Anomalie in den Genitalien aus oder sind sie nicht mehr allgemein nervöser Natur, vielleicht sogar auf rein hysterischer Grundlage beruhend. In letzterem Falle müsste dann unbedingt der lokalen Behandlung eine allgemeine Behandlung vorausgeschickt werden oder doch nebenhergehen. Dies ist das Grenzgebiet, wo, wie Fehling richtig bemerkt, Frauenarzt und Neurologe gelegentlich darüber in Konflikt kommen, ob die örtliche oder die allgemeine Behandlung voranzustellen sei. Sehen wir aber ab von diesen zweideutigen Fällen und sind wir sicher, dass der Symptomenkomplex von der Rückwärtsbeugung abhängig ist und wir unsere Patientin durch eine Lagekorrektur der Gebärmutter von ihren Beschwerden befreien können, so müssen wir noch unterscheiden zwischen Fällen reiner beweglicher Retroversionen und Fällen, wo die Retroversion entweder nur fixiert oder durch anderweitige Erkrankungen der Nachbarschaft und der Adnexe kompliziert ist.

In diesen letzteren Fällen müssen wir, bevor zur definitiven Aufrichtung der Gebärmutter geschritten wird, darnach trachten, die Komplikationen zu heben, d. h. eine möglichst reine und bewegliche Retroversion herzustellen suchen. Dies kann geschehen durch all' die bekannten resorptiven Mittel, durch Massage, wie Thure Brandt sie uns gelehrt, oder bei reiner Fixation durch das brüskere, oft nicht ganz ungefährliche Verfahren zur Durchtrennung der Adhaesionen nach B. S. Schulze.

Erst nach dieser oft langwierigen Vorbereitungskur dürfen wir daran denken, eine der vielen, gleich zu nennenden Behandlungsmethoden in Anwendung zu bringen.

Hier haben wir die Wahl zwischen dem schonenderen, palliativen, orthopaedischen Vorgehen mit all' den verschiedenen Pessarien und Ringen, und dem blutigen, radikaleren Verfahren der Operation.

Die Pessarbehandlung ist im Verlaufe der Zeit von der wirksameren operativen Behandlung mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt worden. Damit soll aber nicht gesagt sein, dass man mit dem Pessar nicht doch auch schöne Heilerfolge erzielen kann. Aber abgesehen davon, dass lange nicht alle Fälle von Retroversion einer orthopaedischen Behandlung zugänglich sind, wir haben hier speciell die vielen virginellen Rückwärtslagerungen im Auge, dass der Uterus trotz Pessarien seine Retroversionsstellung wieder einnimmt oder die Pessarien nicht ertragen werden oder in den Genitalien keinen Halt haben, abwärts treten und herausfallen, „so ist es, nach Fraenkels eigenen Worten, noch lange nicht jedermanns Sache, drei bis vier Jahre lang und darüber mindestens vierteljährlich den Arzt aufzusuchen und auch sonst die täglichen Manipulationen, die das Tragen eines Pessars erfordert, an sich vorzunehmen. Arme Arbeiterfrauen, Dienstmädchen oder Patientinnen, die sehr weit vom Wohnorte des Arztes wohnen, können dies nicht und für solche ist die operative Behandlung der Lageveränderungen des Uterus eine Notwendigkeit."

In ähnlichem Sinne hat sich Fritsch am Gynaekologenkongress zu Leipzig 1897 ausgedrückt, wenn er sagt: „Bei der Retroflexion ist der Zweck im allgemeinen, volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Es fragt sich nun, welche Arbeit im individuellen Falle verlangt wird. Eine wohlhabende Dame, die körperlich sich nicht anstrengt, kann das Leben geniessen, auch wenn sie körperlich nicht völlig leistungsfähig ist. Sie hat das Geld dazu, sich von einem geschickten Gynaekologen behandeln, Pessare wechseln, passende ausprobieren zu lassen. Hat sie Schmerzen, so kann sie ruhen. Ein armes Dienstmädchen muss arbeiten, und kann es nicht bei starker Retroflexion. Sie kommt

deshalb zum Arzte. Sie will gesund werden, um arbeiten zu können. Ihr ist mit einem Pessar nicht gedient. Wer soll es wechseln, wenn sie fern von der Stadt lebt? Wer soll die Behandlung, wer die Pessarien bezahlen?"

Diesen Aussagen zweier auf diesem Gebiete so kompetenter Autoren wird wohl jedermann beistimmen müssen und wäre es deshalb anzuraten, die Pessarbehandlung in dazu geeignet erscheinenden Fällen wohl zu versuchen, aber damit nicht zu viel kostbare Zeit zu verlieren, besonders nicht in Anbetracht der so vorzüglichen Heil- und Dauererfolge, wie sie heutzutage mit der so zu sagen gefahrlos gewordenen, gut ausgebildeten operativen Behandlung zu erreichen sind.

Die bis jetzt vorgeschlagenen Operationsmethoden zur Hebung der Rückwärtslagerung der Gebärmutter lassen sich nach Hegar-Kaltenbach am besten und übersichtlichsten in zwei Hauptgruppen einteilen:

I. Methoden, welche durch Verkürzung der natürlichen Befestigungsmittel des Uterus Heilung bezwecken.

II. Methoden, welche den Uterus durch eine neue künstliche Befestigung nach vorn zu halten suchen.

Unter der ersten Gruppe ist als ältestes und am meisten geübtes Operationsverfahren zu nennen, die Verkürzung der ligamenta rotunda, die sog. Alexander-Adams'sche Operation.

Die beiden englischen Chirurgen Alexander und Adams haben das grosse Verdienst, diese Operation im Jahre 1881 zum erstenmal ausgeführt zu haben. Die Resultate sind nach den Berichten der Anhänger der Methode zum Teil ganz vorzügliche, speciell nach der von Lanz im Jahre 1892 beschriebenen, modifizierten Methode nach Kocher. Doch haften diesem Verfahren auch verschiedene Nachteile an. Die Operation kann nur bei frei beweglichem Uterus ausgeführt werden; dazu gibt sie uns keinerlei Aufschluss über die Beschaffenheit der innern Genitalien, was, wie wir sehen werden, nach unserer Ansicht ein grosser Nachteil

ist. Zudem sieht man später nicht selten Hernien sich herausbilden, durch welche die Frauen noch mehr belästigt werden als durch ihre frühere Retroversio. Zum Schluss ist man auch vor Recidiven nicht sicher.

Im fernern hat man die Verkürzung der ligamenta rotunda intraperitoneal ausgeführt. So haben Wyle, Bode und Polk per laparotomiam, Wertheim und Bode von der Scheide aus durch das eröffnete vordere Scheidengewölbe die Verkürzung der ligamenta rotunda durch Faltenbildung herbeizuführen gesucht.

Frommel hat durch Verkürzung der ligamenta sacrouterina auf abdominalem, Freund, Sänger und Stratz den nämlichen Effekt auf vaginalem Wege zu erzielen versucht.

Doch haben alle diese Vorgehen wenig Nachahmer gefunden und sind schon mehr von theoretisch historischem Interesse geblieben.

Die zweite Hauptgruppe, wo die Lagekorrektur der Gebärmutter durch eine neue künstliche Befestigung bewerkstelligt wird, bilden die Ventro- und die Vaginofixatio uteri.

Wenn die letztere Methode auch jüngeren Datums ist, so wollen wir sie hier gleichwohl vorannehmen, da uns die ventrale Fixation, dem Zwecke unserer Arbeit entsprechend, länger beschäftigen wird.

Das Verdienst der Idee, bei den Retrodeviationen eine dauernde Heilung durch Befestigung des corpus uteri an der Vagina zu erzielen, gebührt unstreitig Sänger. Die erste derartige Operation jedoch wurde erst von Schücking ausgeführt.

Betreffender Autor führte zu diesem Zwecke eine stark gekrümmte Nadel gedeckt in das Cavum uteri ein. Von hier aus wurde dieselbe durch die vordere Uterus- und Scheidenwand gelegt, bis sie in der Scheide zum Vorschein kam, wo sie mit einem starken Seidenfaden armiert, wieder zurückgezogen wurde. Die beiden Fadenenden wurden alsdann in der Scheide geknüpft und der Faden so lange liegen gelassen, bis man an eine feste Adhaesionsbildung

zwischen dem Peritonealüberzug des Uterus und dem Peritoneum der Plica vesico-uterina denken konnte. Die naheliegende grosse Gefahr einer Blasen- oder Darmverletzung bei Anwendung dieser Methode brachte dieselbe aber bald in berechtigten Misskredit.

Glücklicher in der Auswahl ihrer Methode der vaginalen Fixation waren dann Mackenrodt und Dührrsen, welche fast gleichzeitig und unabhängig von einander mit nur geringen Unterschieden operierten. Beide Operateure führen einen senkrechten, respektive queren Schnitt durch die vordere Scheidenwand, lösen und präparieren die Blase zurück und fixieren, Mackenrodt ohne, Dührrsen mit Eröffnung des Peritoneums, das Corpus uteri unter der Blase an die vordere Vaginalwand.

Die Bedenken, die gegen die Methode der Vaginofixatio im allgemeinen geäussert wurden, sind mannigfache. Erstens wird, um Hegars eigene Worte zu gebrauchen, durch das Annähen des Uterus an die Scheide und unter die Blase eine vollständige Verkehrung der anatomischen Verhältnisse geschaffen. In den meisten Fällen geht ja mit der Retroflexion eine Senkung des ganzen Organes Hand in Hand. Durch die Vaginofixatio nun wird die erstere gewöhnlich gehoben, aber die Senkung wird noch gesteigert. Und wenn die Senkung an und für sich, durch Zerrung am Pelveoperitoneum und an den peritonealen Duplikaturen (Fritsch), schon Symptome setzt, so haben wir unserer Patientin durch die Operation keinen grossen Dienst geleistet. Dagegen müssen wir hier gleich bemerken, dass bei alten Prolapsen mit grossen Dammdefekten die Vaginofixatio in Verbindung mit den verschiedenen plastischen Operationen sehr gut angebracht ist. Ein weiterer Nachteil der vaginalen Methode ist der, dass wenn die sich bildenden Verwachsungen zwischen Uterus und Scheide nicht ganz feste werden, ein Revidiv durch den beständig auf dem Uterus lastenden Druck der Blase leicht zu befürchten ist. Im andern Fall, wo die Lagekorrektur eine dauernde bleibt,

tritt bei Frauen, die noch auf Nachkommenschaft rechnen, ein anderer misslicher Umstand ein, das sind die Störungen der Schwangerschaft. Die ganze vordere Wand des graviden Uterus ist gehindert, an der allgemeinen Ausdehnung teilzunehmen, es tritt fast sicher früher oder später der Abort ein. Hegar erblickt darin eine unbedingte Contraindikation für die Ausführung der Vaginofixatio bei Frauen im zeugungsfähigen Alter. Zudem kann diese Methode nur Anwendung finden bei frei beweglichen, unkomplizierten Retroversionen des Uterus. Bei nach hinten fixiertem Uterus aber und in allen Fällen, wo die Rückwärtslagerung mit einer Erkrankung der Adnexe kompliziert ist, kann als einziges operatives Verfahren nur die gleich zu besprechende Ventrofixation in Frage kommen.

Dührrsen hat zwar nach seiner Methode durch das eröffnete Peritoneum sämtliche Komplikationen in Angriff genommen. Dass aber ein solches Vorgehen ungleich schwieriger, unsicherer und gefährlicher ist, als dasjenige durch die Laparotomie, ist ohne weiteres einzusehen.

Ventrofixatio uteri.

Köberlé war der erste, welcher im Jahre 1869 schon auf die Idee kam, bei Anlass einer linksseitigen Ovariotomie dem zugleich stark retrovertierten Uterus durch Einnähen des Ligaturstumpfes in die Bauchwunde seine annähernd normale Lage wieder zu geben. Der Erfolg war der, dass Patientin sich nachher wohl befand und der Uterus noch nach Jahren in der ihm durch die Operation bestimmten Lage gefunden wurde.

P. Müller machte 1878 den Vorschlag, bei hartnäckiger Retroflexio den Fundus uteri oder den Uterusstumpf an die vordere Bauchwand anzuheilen, nachdem er vorher in zwei Fällen von Fibroma uteri mit Prolaps den Stumpf extraperitoneal versorgt hatte, um damit auch zugleich den Vorfall zu heilen. In ganz ähnlicher Weise operierten dann

Sims, Schröder und Hennig. Lawson Tait ging einen Schritt weiter, indem er im Jahre 1880 schon den von P. Müller gemachten Vorschlag befolgte und den Fundus uteri nach vorausgegangener Kastration an die vordere Bauchwand annähte.

In allen diesen Fällen aber von ventraler Fixation handelte es sich nur immer um vereinzelte Vorgänge und bildete die Fixierung des retrovertierten Uterus nach vorne dabei nur immer die Nebenoperation.

Das Verdienst, die Laparotomie zum erstenmal einzig zum Zwecke der Lagekorrektur der nach hinten gesunkenen Gebärmutter ausgeführt zu haben, gebührt Olshausen.

Olshausen ist damit auch zugleich der Erfinder und Begründer einer specifischen Methode geworden, die er auf der Naturforscherversammlung in Berlin im Jahre 1886 beschrieben hat. Wir geben hier aus diesem Vortrage die das Operationsverfahren kennzeichnenden eigenen Worte Olshausens wieder: „Unter Vermeidung der arter. epigastrica wird jedes Uterushorn durch mehrere Nähte an die Bauchdecken fixiert. Eine krumme Nadel wird unmittelbar neben dem Uterus um das ligament. rotundum geführt und sodann tief durch die Muskulatur der Bauchdecken und auf der Peritonealseite derselben wieder herausgeleitet. Dies geschieht jederseits mit zwei oder drei Suturen, welche dann fest geknüpft werden und so zwar nicht den Uterus selbst, aber die ihm benachbarten Teile der ligament. rotunda und lata an die Bauchdecken fixieren. Wo es auf die Funktion der Tuben nicht mehr ankommt, kann man zweckmässig auch diese mit in die Suturen fassen.“ Als Nahtmaterial zieht Olshausen Silkwormgut, wegen des Unvermögens, resorbiert zu werden, dem Catgut und der Seide vor.

Diesem Vorgange Olshausens folgte bald Sänger, während Czerny und Leopold die Fixation des Uterus an die vordere Bauchwand so ausführen, dass die Fixationsnähte

quer durch den Fundus uteri selbst gelegt werden. Bezüglich der Technik dieser letztern Operationsmethode entnehmen wir dem in der Dezembersitzung der gynaekologischen Gesellschaft in Dresden im Jahre 1888 gehaltenen Vortrage Leopold's folgenden Passus:

„Was nun die Annähung selbst betrifft, so geschah sie in allen Fällen so, dass ein bis drei tief umgreifende Bauchdeckennähte den Grund der Gebärmutter selbst mitfassen und ihn an den innern Bauchdeckenwundrand dicht heranziehen. Die erste Naht dringt ungefähr ½—1 cm vor der Tubeneinfügungsstelle, die zweite zwischen ihr und die dritte ½—1 cm hinter ihr, quer unter der Serosa des Uterus hin, durch die oberen Muskellagen ungefähr 2—3 mm tief und zieht, nachdem der untere Wundwinkel geschlossen, den Gebärmuttergrund dicht an die Bauchwunde heran. Die drei Befestigungsnähte lässt man lang, um sie später leichter zu erkennen. Sie werden, nachdem am 8., bezügl. 12. Tage die Bauchdeckennähte entfernt sind, erst am 14., bezüglich 16. oder 18. Tage fortgenommen. — Um die Verklebung des Gebärmuttergrundes mit der Bauchwand zu erleichtern, habe ich bisher das Bereich der Serosa des Fundus innerhalb der Durchstechungspunkte mit dem Messer leicht abgeschabt und wund gemacht."

Czerny fixiert auch wie Leopold den Grund der Gebärmutter an die vordere Bauchwand, nur weicht sein Verfahren insofern vom Leopold'schen ab, als er die Fixation mit ein bis zwei versenkten Sublimatcatgutfäden besorgt, ohne vorher die Uterus-Serosa wund gemacht zu haben.

Kaltenbach und später Czempin führten den Bauchschnitt nur bis aufs Peritoneum und fixierten den Uterus ohne Eröffnung der Bauchhöhle, nach Czempin angeblich, um die Gefahren einer Infektion und das Entstehen einer Bauchhernie zu umgehen.

Diese Methode fand keine Nachahmung, denn mit vollem Recht wurde dagegen eingewendet, dass die Gefahr einer

Laparotomie heutzutage, mit den nötigen aseptischen Kautelen ausgeführt, viel geringer sei, als die Möglichkeit, den Darm ohne vorherige Eröffnung des Peritoneums doch einmal mitzufassen. Berichtet doch Witte über einen derartigen Fall, wo der Darm eingenäht war und trotz sofortiger Laparotomie der Ausgang ein letaler war.

Kelly ging noch kühner vor. Ohne jegliche Incision legte er die Nähte gleich durch die ganze Dicke der Bauchdecken und quer durch den stark nach vorne gedrängten Uterus. (!) —

Hieran anschliessend wollen wir das seit dem Sommer 98 bei einer Reihe von 35 Fällen an hiesiger gynaekologischen Universitätsklinik ausgeführte Operationsververfahren, welches im Princip die Olshausen'sche Operation bildet, ausführlicher beschreiben.

Als Hautschnitt haben wir meist mit Erfolg den von O. Küstner angegeb. queren Bogenschnitt, dessen Convexität gegen die Symphysis ossis pubis hingerichtet ist, gewählt. Dieser Schnitt hat einen rein kosmet. Vorteil, insofern als er zum grössten Teil wenigstens in den Bereich der Pubes zu liegen kommt und die Narbe später dadurch maskiert wird. Mit diesem Schnitt dringt man bis auf die Fascie vor und wird nun der so entstehende Unterhautlappen eine Strecke weit nach obenhin zurückpräpariert und mit einem Faden nach oben zurückgehalten. Bevor man nun weiter geht, halten wir es für wichtig, für eine ganz genaue Blutstillung zu sorgen und zwar nicht durch einfache Torquirung, sondern Ligirung der oft zahlreichen einzelnen Gefässe mit Catgut. Dies, um die spätere Entstehung langweiliger Haematome, wie wir sie in unseren Fällen leider zuweilen beobachtet haben, zu verhüten. Nun wird senkrecht zum Hautschnitt ca. ein Querfinger seitlich von der Medianlinie die Fascie gespalten. (Den Medianschnitt haben wir nur in den ersten Fällen geübt, sind aber wegen der leichten Entstehung von Hernien bald davon abgekommen.)

Weiter werden die zu Tage tretenden Muskelbündel des Rectus abdominis stumpf der Länge nach auseinander gedrängt, am besten mit der Kocher'schen Kropfsonde. Die tiefe Fascie, das oft reichlich vorhandene subseröse Fett, das Peritoneum werden nun mit zwei Pincetten erfasst, in einer Falte emporgehoben und successive incidiert. Die so entstandene kleine Incisionsöffnung wird je nach Bedarf mit der Schere nach oben und unten verlängert. Oft genügt zwar nur eine kleine, ca. 4 cm lange Incision. In den meisten Fällen, wo es sich, wie wir sehen werden, um freibewegliche Retroversionen mit nur geringgradigen Veränderungen der Ovarien handelte, kamen wir vollständig damit aus. Nun wird beiderseits durch sämtl. Bauchschichten hindurch ein langer Faden gelegt, welcher geknotet, die Bauchschichten schön zusammenhält und nötigenfalls als Zügel benützt einen stumpfen Haken vorteilhaft ersetzen kann. Es folgt die Trendelenburg'sche Hochlagerung und das Einlegen einer Gaze-Serviette zum Schutze und Zurückhalten der Gedärme. Mit zwei Fingern geht man nun in die Bauchhöhle ein, um den Zustand der beidseitigen Adnexe, spec. der Ovarien zu prüfen, welche, falls sie sich verändert finden, was meist der Fall ist, vor die Bauchhöhle luxiert, einer entsprechenden, später zu beschreibenden Behandlung unterworfen werden. In Fällen, wo das Hervorholen des samt der Adnexe manchmal tief nach hinten gesunkenen Uterus Schwierigkeiten bereitete, haben wir uns vorteilhaft der in den Uterus eingeführten, geknöpften Uterus-Sonde bedient und uns so den Uterus entgegenbringen lassen. Bei dieser Gelegenheit wird gleich das ligamentum rotundum nahe seiner Abgangsstelle am Uterus mit einem stumpfen Häckchen erfasst. Nach Entfernung der beiden langen Bauchschichtenfäden wird eine mit Silkwormgut armierte krumme, stark gebogene Nadel im Durchschnitt vier Querfinger breit über der Symphyse durch Fascie, Muskulatur, Peritoneum etwa 2 cm vom Wundrand entfernt, eingestochen,

umsticht nun das mit dem Häckchen emporgehaltene ligament. rotundum und durchdringt ca. 1 cm höher in umgekehrtem Sinne die Bauchdecken. Ist dies auf einer Seite geschehen, so werden die beiden Fadenenden provisorisch in einen Schieber gefasst. Erst wenn das nämliche Procedere auch auf der andern Seite vorgenommen ist, werden die Faden beiderseits, womöglich gleichzeitig und gleichmässig angezogen, dreimal fest geknüpft und die Fadenenden hierauf kurz abgeschnitten. Man kann sich leicht davon überzeugen, wie schön der Uterus der vorderen Bauchwand anliegt, ohne dass die viel gefürchtete Tasche zwischen beiden, die gelegentlich zu Darmeinklemmungen Anlass geben sollte, zu stande käme. Die Patientin wird wieder in Horizontallage gebracht und an die Wiedervereinigung der Bauchwunde geschritten. Diese nehmen wir etagenweise vor und gebrauchen mit Ausnahme der Hautnaht nur Sublimatcatgut. Es folgen sich fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums, der Muskulatur und der Fascie. Mit andern legen wir auf eine gut und exakt angelegte Fasciennaht zur Verhütung des spätern Entstehens von Brüchen ein Hauptgewicht. Zum Schluss kommt noch die Hautnaht, wobei wir neben der gewöhnlichen fortlaufenden Seidennaht zum Zwecke eines bessern Anschmiegens des Lappens noch einige tiefer greifende Seidenknopfnähte legen. Darüber wir ein Jodoformgazecollodialstreifen geklebt und für die ersten 24 bis 48 Stunden noch ein leichter Compressivverband auch zur bessern Adaptation des Hautlappens angelegt.

Wie bereits erwähnt, wurde diese Operation auf hiesiger Klinik vom Sommer 1898 bis zum Herbst 1900 35 Mal ausgeführt. In den meisten Fällen wurde der Laparotomie ein Curettement des cavum uteri vorausgeschickt, da fast immer Endometritis mit ziemlich starkem Fluor vorhanden war.

Zur Operation gelangten 16 Nulliparae und 19 Personen, die schon ein -und mehrmals geboren hatten. Von den 16 Nulliparae war nur 1 verheiratet. Die jüngste Patientin war 20, die älteste 47 Jahre alt.

In 34 Fällen handelte es sich um freibewegliche Retroversionen und nur in einem Fall war der Uterus durch perimetritische Adhaesionen nach hinten fixiert.

Neun Patientinnen hatten eine längere erfolglose Pessarbehandlung durchgemacht, eine, Nr. 22, war vor zwei Jahren vaginofixiert, zwei, Nr. 6 und Nr. 30, vor Jahresfrist nach Alexander-Adams operiert worden. Die übrigen Patientinnen verlangten entweder direkt die Operation oder war bei ihnen eine orthopädische Behandlung von vornherein ausgeschlossen.

Zwölf Mal war die Retroversio mit Descensus uteri, 3 Mal mit einem Vorfall beider Vaginalwände kompliziert.

In 24 Fällen wurden die Adnexe und zwar speciell die Ovarien einer- oder beiderseits verändert gefunden: 16 Mal betraf die Veränderung beide Ovarien, 4 Mal nur das rechte und 4 Mal nur das linke Ovarium.

In 22 Fällen beschränkte sich die Erkrankung der Adnexe auf ein oder beide Ovarien. Zwei Mal war die Erkrankung beider Ovarien kompliziert: 1 Mal mit einer Hydrosalpinx links und 1 Mal mit einer Parovarialgeschwulst links.

Bei allen 35 Patientinnen gestaltete sich der Wundverlauf zu einem vollständig reaktionslosen und glatten, wenn man absieht von den meist nur geringgradigen Haematomen, die nachträglich in einzelnen Fällen auftraten, für deren Bildung aber nicht die Operation als solche, sondern mehr die Art und Weise der Blutstillung verantwortlich gemacht werden muss. Die Hautnaht wurde am 8.—10. Tag entfernt, die Entspannungsnähte schon am 2.—3. Tag. Alle Patientinnen verliessen durchschnittlich nach 3 Wochen geheilt das Spital. Keine durfte vor 14 Tagen das Bett verlassen und musste während dieser Zeit möglichste Rückenlage innehalten. Bei der Entlassung fühlten sich alle Patientinnen wohl und der objektive Befund war durchwegs ein tadelloser.

Von Dauerresultaten können wir leider in unsern Fällen nicht sprechen, da einerseits die Beobachtungsdauer seit der Operation in den meisten Fällen eine zu kurze ist und die Kontrolle zudem bei kaum einem Drittel aller Patientinnen möglich war.

Bei unsern 11 Patientinnen, welche einer Kontrolle unterzogen werden konnten, war sowohl das subjektive Befinden als auch der objektive Befund gegenüber früher in allen Fällen sehr befriedigend. Nur ist leider auch hier die Beobachtungszeit seit der Operation, welche zwischen 5 Wochen und 15 Monaten variiert, eine zu kurze, als dass man von eigentlichen Dauererfolgen sprechen könnte.

Doch können wir diese Lücke durch Heranziehen einer grossen Anzahl gut beobachteter Fälle aus der Litteratur sehr gut ausfüllen. In betreff der Dauererfolge kommt es dabei nicht darauf an, ob zur Ventrofixation die Leopold-Czernische oder, wie in unsern Fällen, die Olshausen-Sängersche Methode gewählt wurde. In diesem Sinne äusserte sich z. B. Nicolaus Flaischlen in seinem am 50jährigen Stiftungsfeste der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin im Jahre 1894 gehaltenen Vortrage, obschon er selbst immer nach der Leopoldschen Methode operierte. So sagt Flaischlen: „Die Erfahrung hat gelehrt, dass es zur Erzielung der Erfolge bei der Ventrofixation gleichgültig ist, ob der Fundus uteri selbst angenäht wird oder ob man die bilaterale Annähung der Anhänge des Uterus nach Olshausen-Sänger durchführt."

Im nämlichen Vortrage berichtet Flaischlen über 45 im Verlaufe von 5 Jahren gemachten Ventrofixationen. In Bezug auf die dauernde Korrektur der fehlerhaften Lage des Uterus hat unser Autor, soweit seine Kontrolle sich erstrecken konnte, keinen einzigen Misserfolg zu verzeichnen.

Was die Beschwerden anlangt, so verschwanden dieselben auch vollständig in den meisten Fällen, nur in Fällen von Hysterie oder allgemein nervösen Erscheinungen waren

die Resultate in dieser Hinsicht nicht so glänzende, indem doch noch einzelne Beschwerden von früher zurückblieben.

Bei der Bestimmung des Wertes einer Operationsmethode, welche gegen die Retroversio uteri gerichtet ist, sind nach Flaischlen folgende drei Punkte massgebend:

1. „Die Sicherheit und die Dauer des Erfolges in Bezug auf die Lagekorrektur."

2. „Die Herstellung normaler anatomischer Verhältnisse durch die Operation."

3. „Die Gefahrlosigkeit der Operation."

Zum ersten Punkt, die Lagekorrektur betreffend, meint Flaischlen: „Dieselbe ist bei der Ventrofixation eine vollkommene. Auf Grund unserer Erfahrungen sind wir zu dieser Auffassung berechtigt."

Was die zweite Bedingung anbetrifft, so sagt Verfasser: „Die Ventrofixatio erreicht dies in vollkommener Weise. Der Uterus behält seine vollkommene Beweglichkeit. Die Blase behält ihre normale Lage und ihre Ausdehnungsfähigkeit."

Zu Punkt 3 sind die Worte Flaischlens: „Die Gefahr der Ventrofixatio ist nicht grösser als die einer einfachen Laparotomie. Bei der heutigen Asepsis ist die Prognose eine fast vollkommen gute."

Ueber dieselben guten Resultate von Dauerheilung bei Ventrofixation haben unter andern Leopold, Olshausen und Sänger zu berichten.

Auch was die früher gegen die Ventrofixation so sehr ins Feld geführte Funktionsstörung bezüglich Konzeption, Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtszeit betrifft, so hat sich dieselbe als nur in sehr geringem Masse vorhanden herausgestellt. Hat doch J. Miländer schon im Jahre 1895 74 Schwangerschaften nach Ventrofixatio uteri zusammengestellt. Davon waren 54 rechtzeitige Geburten, 3 Frühgeburten, 6 Aborte. In 10 Fällen bestand die Schwangerschaft noch zur Zeit der Publikation, 1 Schwangere starb.

Nach Boralevi tritt nach Ventrofixation sogar in 90 Prozent der Fälle Schwangerschaft ein.

Was die Konzeptionsfähigkeit betrifft, so glaubt Flaischlen, gestützt auf einen selbst beobachteten Fall (es handelte sich um eine vor der Operation vier Jahre lang steril verheiratete Frau, die dann bald nach der Operation konzipierte), den Beweis erbracht zu haben, dass die Ventrofixation nicht allein die Konzeptionsfähigkeit nicht schädigt, sondern sie direkt fördert. So hat auch Sänger schon hervorgehoben, dass die Ventrofixation in einzelnen Fällen zusammen mit der artifiziellen Lösung der Ovarien aus ihren Adhaesionen geradezu als eine Operation aufgefasst werden kann, welche die Beseitigung der Sterilität direkt zur Folge hat.

Gestützt auf solche Aussagen auf diesem Gebiete so namhafter Autoritäten sind wir dazu berechtigt, die Ventrofixation bei der Behandlung der Retroversionen des Uterus als eine segensreiche, für radikale Heilung garantierende Operationsmethode in den Vordergrund zu stellen. In diesem Punkte sind heutzutage auch alle Autoren einig und selbst die konservativsten und messerscheusten Männer der Wissenschaft sind von der Vorzüglichkeit dieser Operation überzeugt.

Nur betreffs der Indikationsstellung zur Operation sind die Akten noch nicht ganz geschlossen. Hier gehen die Ansichten noch ziemlich auseinander, obschon auch nach dieser Richtung hin sich eine allmähliche Verständigung bemerkbar macht.

Als Olshausen im Jahre 1886 seine Methode beschrieb, sagte er am Schlusse seines Vortrages: „Nur in sehr vereinzelten und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhaerenter Retroflexio oder Prolapsus glaube ich, dass die Operation am Platze sein kann. Es wird auch geraten sein, die Operation nur auf solche Patientinnen zu beschränken, deren Zustand oder Alter den Eintritt einer Schwangerschaft nicht mehr erwarten lässt.“

Doch wurden die Grenzen im Verlauf der Jahre immer weiter gezogen und so kommt es, dass der nämliche Autor uns neun Jahre später in seiner Abhandlung „Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus“ über 23 mit Erfolg ausgeführte Ventrofixationen berichtet, welche 7 Mal mobile Uteri ohne weitere Komplikation betrafen.

Auch Flaischlen hat die Operation auf die beweglichen Rückwärtslagerungen ausgedehnt und formuliert bei diesen seine Indikationsstellung zur Operation folgendermassen:

„In den Fällen von Retroflexio mobilis, bei denen eine Pessarbehandlung von vornherein ausgeschlossen ist und bei denen die hochgradigen Beschwerden dringend Hülfe erheischen, bei virgineller enger Scheide wird unserer Ansicht nach die Ventrofixation noch immer das richtige Verfahren bleiben.“

Nach dieser Umschau in der Litteratur kehren wir zu unsern 35 Fällen zurück. Hier hatten wir es, mit Ausnahme eines einzigen Falles, stets mit beweglichen Retroversionen zu thun. 24 Mal war die Retroversion kompliziert mit einer Erkrankung der Adnexe. In 12, also gerade der Hälfte der Fälle, wurden die Veränderungen, trotz vorheriger gründlicher Untersuchung, erst bei der Operation entdeckt und zwar betraf dies immer nur die Ovarien. Diese boten stets das typische Bild der chronischen Entzündung dar, sie waren meist, wenn auch oft nur wenig, vergrössert und mit einer kleinern oder grössern Anzahl dicht zusammenstehender Cystchen von sehr verschiedener Grösse übersäet. Bei der Eröffnung einer solchen Cyste entleerte sich regelmässig die nämliche klare Flüssigkeit. Ueber die Ursache dieser kleincystischen Degeneration, wie die Erscheinung auch genannt wird, und deren Entstehung wissen wir noch wenig Bestimmtes.

Wie mannigfaltig die Aetiologie ist, geht aus den Worten Pfannenstiels im Veitschen Handbuch der Gynaekologie

zur Genüge hervor. So sind nach diesem Autor, abgesehen von der Entwicklung auf infektiöser Basis, alle Zustände des weiblichen Körpers, welche zu einer länger dauernden oder sich häufig wiederholenden Hyperaemie der innern Genitalien durch Kongestion oder Stauung führen, als sexuelle Ueberreizung der verschiedensten Art, Störungen im Wochenbett, Lageveränderungen der Genitalien, etc. etc., auch geeignet, chronische Oophoritis zu erzeugen.

Die Hauptfrage bleibt aber, setzen diese Veränderungen an den Ovarien auch Symptome, d. h. haben die betreffenden Patientinnen auch Beschwerden davon und welcher Art sind dieselben? Diese Frage ist in den meisten Fällen sehr schwer zu beantworten. Ist doch der durch die Retroversion allein schon bedingte Symptomenkomplex meist ein so mannigfaltiger und vielfach verwischter, dass es einem oft schwer fällt zu bestimmen, wie viel von den Beschwerden auf Rechnung der veränderten Ovarien zu setzen ist. Zudem setzt sich das sog. klinische Material oft aus Leuten zusammen, die bei Aufnahme einer Krankengeschichte sehr undeutlich sind und einem bei der Frage nach den Beschwerden nur allgemein über Bauch- und Kreuzschmerzen zu klagen wissen.

Auch mit der objektiven Untersuchung gelangt man in den wenigsten Fällen zum Ziel, sei es, dass die Virginität der Patientin eine Untersuchung ohne Narkose per vaginam überhaupt verbietet, sei es, dass wir es mit überempfindlichen oder unvernünftigen Leuten zu thun haben. In dazu geeigneten Fällen könnte man vielleicht durch provisorische Aufrichtung des Uterus mit einem Pessar darüber Auskunft zu erhalten suchen. Das in den Lehrbüchern im allgemeinen verzeichnete Merkmal für die von den erkrankten Ovarien ausgehenden Beschwerden ist ein in der Ovarialgegend, an einem ganz bestimmten Punkte in der Tiefe sitzendes Schmerzgefühl von eigentümlich brennendem Charakter. Allein dieser Schmerz muss schon ziemlich stark

ausgesprochen sein, bis dass die Patientinnen uns denselben, selbst auf Befragen hin, angeben. Meist wird diese Erscheinung aber, wie bereits betont wurde, durch den durch die Retroversion geschaffenen Symptomenkomplex vollständig maskiert.

Mag dem nun aber auch sein, wie ihm wolle, sicher ist, dass diese so oft zufällig entdeckte Veränderung an den Ovarien eine pathologische ist und als solche einer Behandlung bedarf. In allen unsern Fällen von kleincystischer Degeneration der Ovarien haben wir die einzelnen Cysten mit dem Paquelin eröffnet und ausgebrannt. In einem Fall, Nr. 30, wo die Veränderung mehr eine parenchymatöse war, haben wir die Resektion beider Ovarien gemacht. In zwei andern Fällen, Nr. 22 und Nr. 29, wurde wegen allzu ausgedehnter Erkrankung die Kastration der einen Seite vorgenommen. In einem Fall, Nr. 16, hat man neben der Ignipunktur beider Ovarien eine Parovarialgeschwulst durch Ligierung des Stieles mit Catgut und Durchtrennung mit dem Paquelin entfernt. In einem letzten Fall, Nr. 15, wurde wegen linksseitiger Hydrosalpinx die betreffende Tube mit Belassung des entsprechenden Ovariums weggenommen.

Wir haben also gesehen, wie oft bei einer scheinbar reinen, unkomplizierten Retroversion erst bei der Operation die Ovarien ein- oder beidseitig krankhaft verändert vorgefunden werden.

Neben den vielen Vorteilen, welche die Ventrofixation gegenübeer allen andern gegen die Retroversion gerichteten Operationsverfahren an und für sich schon voraus hat, möchten wir deshalb hier, auf Grund unserer eigenen Beobachtungen, noch einen wichtigen Faktor, der unserer Ansicht nach bis jetzt noch viel zu wenig gewürdigt worden ist, erwähnen. Wir meinen die Möglichkeit, bei der Ventrofixation genaue Auskunft zu erhalten über die Beschaffenheit der innern Geschlechtsteile, speciell der Adnexe und entsprechend operativ vorgehen zu können.

Dieser Umstand ist gewiss von grosser Bedeutung. Sagt doch auch Kötschau in seinem vor einem Jahr in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Köln gehaltenen Vortrage: „Die Ventrofixation bleibt die bevorzugte Operation, da sie einen klaren Einblick gestattet und event. Nebenoperationen ermöglicht.“ In ähnlichem Sinne drückt sich Hegar in seinem Werke über operative Gynaekologie bei der Kritik der verschiedenen Methoden, speciell der Alexanderschen gegenüber aus, wenn er sagt:

„Die Ventrofixation muss dem gegenüber auch heut noch als bessere und sicherere Methode betrachtet werden. Sie gewährt eine freie Uebersicht des Operationsfeldes, gestattet etwaige Adhaesionen vollkommen unter Leitung des Auges zu lösen, Blutungen zu stillen, und sichert so eine Durchführung der Operation auch in sehr schwierigen Fällen.“

Dieser grosse Vorteil der Uebersichtlichkeit bei der Ventrofixation, speciell in Anbetracht der so oft zufällig entdeckten pathologischen Veränderungen an den Ovarien, schien uns ein wichtiger Grund mehr zu sein, die Ventrofixation als Operationsmethode zum Zwecke der Radikalheilung von Retrodeviationen des Uterus in ihr Recht einzusetzen.

Zum Schlusse sei mir noch gestattet, Herrn Prof. Dr. P. Müller für die freundl. Ueberlassung des statistischen Materials an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen.

Tabellarische Zusammenstell

	Personalien	Anamnese	Genitalstatu
Nr. 1	**Fr. D.-F.,** 39-jährig, Hausfrau	Menses mit 14 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 8 Tage lang, stark, mit Molim. 2 normale Geburten anno 86 und 88. In letzter Zeit Menorrhagien, Kreuzschmerz., Drang nach unten, Fluor seit langem.	Portio einer M ren, steht tief, sieh vorne. Corpus ute grössert, derb, in l Retroflexio, Sonde 9 cm. Uterus läs aufrichten, sinkt bald wieder zurü Adnexe nichts deres.
Nr. 2	**Jgfr. F.,** 26-jährig, Magd	Menses mit 20 Jahren, unregelmässig, alle 3—5 Wochen. Seit 5 Jahren mit Molim. 1 normale Geburt anno 96. Seit 5 Jahren (nach Heben einer Last) zur Zeit der Menses, spec. vor Eintritt derselben, krampfartige Schmerzen im Unterleib. Zwischen den Menses ebenfalls Schmerzen im Kreuz u. Unterleib. Müdigkeit in den Beinen. Starker Fluor. Ring ohne Erfolg.	Uterus normal retrovertiert, läss leicht aufrichten vorne behalten. Adnexe frei.
Nr. 3	**Fr. W.-M.,** 29-jährig, Hausfrau	Menses mit 14 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, mässig stark, 5 Tage lang, mit Molim. 5-mal geboren von 91 bis 95. 1. Geburt normal, angeblich Fieber im Wochenbett. 2. Geburt normal. 3. Geburt Abort im 2. Monat. 4. Geburt normal. Manuelle Placentarlösung. 5. Geburt normal. Fieber im Wochenbett. Frau hat schon seit längerer Zeit viel Kreuzschmerzen und ziehende Schmerzen im Unterleib, spec. während der Menses. Fluor. Obstipation. Cystitis.	Uterus nicht w lich vergrössert, vertiert. Sonde auf 7 cm ein. lässt sich leicht richten.

Krankengeschichten.

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
6. Juli 1898. rettement d. cavum uteri. legen von Sonde in Uterus Katheter in Blase. erer Bogenschnitt durch und Unterhaut. Längs- tt in der Mittellinie. ntrofixation der ligament. da.	Am 28. Juli 1898. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus in guter Anteflexionsstellung, beweglich.	Kontrol. am 4. Oktober 1898. Uterus antevertiert, Fundus viel höher als die Hautnarbe, dicht an der Bauchwand, nicht nach hinten zu bringen.
11. August 1898. erer Bogenschnitt durch und Unterhaut. Längs- tt in der Mittellinie. ntrofixation der ligament. da.	Am 24. Aug. 1898. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus in Anteflexionsstellung u. eleviert.	Kontrol. am 7. Oktober 1898. Schmerzen rechts. Objektiv sonst alles sehr gut.
9. Nov. 1898. erer Bogenschnitt durch und Unterhaut. Längs- tt in der Mittellinie. ntrofixation der ligament. da.	Am 26. Nov. 1898. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus in guter Anteversionsstellung. Urinieren ohne Beschwerden.	Kontrol. am 30. Januar 1899. Uterus in ganz normaler Lage. Noch etwas Harndrang, sonst keinerlei Beschwerden.

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 4	**Fr. R.-St.,** 22-jährig, Hausfrau	Anamnese fehlt.	Portio vorne steh Uterus etwas wen vergrössert, retro tiert. Adnexe frei.
Nr. 5	**Jgfr. B.,** 36-jährig, Tabakarbeiterin	Menses mit 18 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 8 Tage lang, stark, ohne Molim. Nullipara. Menorrhagien. Angeblich nie Kreuzschmerzen, nie Fluor. Früher stark obstipiert. Pessarbehandlung erfolglos.	Portio virginell, e tief und weit nach v gelagert, sieht nach ten. Im hinternScheigewölbe ist der kug Fundus zu fühlen, e gross, derb, leicht telst Zug an der P aufzurichten, fällt beim Nachlassen der sern Einwirkung s wieder nach hinten Adnexe scheinen mal zu sein.
Nr. 6	**Jgfr. R.,** 38-jährig, Magd	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3 bis 4 Tage lang, mit Molim. Nullipara. Vor 1 Jahr Alexanderoperation. Seit dem Spitalaustritt immer Schmerzen im Leib bei Anstrengungen, in letzter Zeit wieder Kreuzschmerzen.	Uterus in leichte troversion, lässt ziemlich leicht vorne bringen. Ad nicht zu fühlen. I linken Operationsn eine hühnereigrosse nie.
Nr. 7	**Jgfr. B.,** 32-jährig, Landarbeiterin	Menses mit 17 Jahren, regelmässig, 3-wöchentl., 6 Tage lang, stark, mit Molim. Nullipara. Seit ca. 3 Jahren klemmende Schmerzen im Unterleib, Kreuzschmerzen und Dranggefühl nach abwärts, besonders bei körperlichen Anstrengungen. Fluor. Obstipation. Früher Bleichsucht.	Uterus nicht ver sert. Sonde gleitet leicl Corpus uteri stark vertiert. Uterus beweglich. Ovarie derseits leicht zu fü

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
Am 28. Nov. 1898. Curettement d. cavum uteri. Querer Bogenschnitt der Haut d Unterhaut. Längsschnitt über Mittellinie. Ventrofixation der ligament. Wunda.	Am 10. Dez. 1898. Normaler Wundverlauf. Wunde p. p. geheilt. Pat. wird geheilt entlassen.	Kontrol. am 7. November 1899. Menses noch etwas schmerzhaft, sonst keine Beschwerden mehr. Uterus gut nach vorne fixiert und beweglich.
Am 15. Dez. 1898. Querer Bogenschnitt d. Haut d Unterhaut. Längsschnitt der Mittellinie. Ventrofixation der ligament. Wunda.	Am 31. Dez. 1898. Trotz Hämatom Bauchwunde solide geheilt. Uterus befindet sich in guter Anteversio-Flexio.	
Am 17. Dez. 1898. Querer Bogenschnitt d. Haut d Unterhaut. Hernienoperation. Längsschnitt in d. Mittelie. Ovarien: Linkes Ovarium Haselnuss grosse Cyste, rd ignipunktiert. Rechtes arium normal. Ventrofixation der ligament. Wunda.	Am 9. Jan. 1899. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus in guter Lage. Keine Beschwerden.	
Am 14. Januar 1899. Querer Bogenschnitt d. Haut d Unterhaut. Vertikaler Laalschnitt. Ovarien: Beide 3—4 mal verössert, kleincystisch degeneirt, werden ignipunktiert.	Am 31. Jan. 1899. Bauchwunde p. p. geheilt. Portio steht weit hint., ist schwer zu erreichen. Corpus uteri in guter Anteversio-Flexio.	

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 8	**Fr. L.-G.,** 45-jährig, Hausfrau	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 3-wöchentlich, 4 bis 5 Tage lang, mässig stark, ohne Molim. 5 normale Geburten von 74 bis 88. Seit ca. 3 Jahren Kreuzschmerzen u. Schmerzen in der Magengegend. Fluor. Pessarbehandlung erfolglos.	Portio fast hinter Symphyse, plump, g artig ulceriert. Uterus stark vergr sert, retrovertiert u flektiert. Sonde gle auf 8—9 cm ein. Adnexe frei.
Nr. 9	**Fr. L.-H.,** 26-jährig, Hausfrau	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 6 Tage lang, stark, ohne Molim. 4 normale Geburten von 93 bis 98. 1 Abort im 3. Monat im November 98. Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Constipiert. Früher Bleichsucht.	Portio nicht vergr sert, etwas tief und n vorne gestellt. Cor uteri wenig vergröss 8cm Sondenlänge. U rus in Retroversion lei aufzurichten. Beim I führen der Sonde sta Blutungsneigung. Adnexe scheinen r mal.
Nr. 10	**Fr. W.-W.,** 47-jährig, Landarbeiterin	Menses mit 20 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 2 bis 3 Tage lang, schwach, ohne Molim. 4 normale Geburten von 75 bis 90. Anno 76 ein Abort im 4. Monat. Seit vielen Jahren Kreuzschmerzen, die vor Eintritt d. Menses stärker werden.	Portio steht tief, s nach vorne, ist le verdickt. Corpus u etwas vergrössert, d in Retroflexion. Sta Knickungswinkel. A richtung gelingt einiger Mühe, bleibt n erhalten. Adnexe scheinen r mal.
Nr. 11	**Fr. C.-B.,** 41-jährig, Hausfrau	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 3-wöchentlich, 8 Tage lang, stark, ohne Molim. 5 normale Geburten von 89 bis 96. Bei der letzten Geburt atonische Nachblutung. Seit der letzten Geburt, vor Eintritt der Menses Schmerzen im Unterleib. Starker Fluor. Constipiert. Früher Bleichsucht.	Portio steht in Führungslinie. M. stark quergespalten. rus etwas verlängert, tikal, lässt sich l antevertieren. Ovarien: Rechtes O rium etwas descend beweglich, nicht grössert. Linkes Ovar nicht zu fühlen.

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
m 4. Febr. 1899. urettement d. cavum uteri. rer Bogenschnitt für Haut Unterhaut. Vertikaler La- alschnitt. entrofixation der ligament. unda.	Am 25. Febr. 1899. Entlassungsstatus fehlt.	
m 7. Febr. 1899. urettement d. cavum uteri. erer Bogenschnitt für Haut d Unterhaut. Vertikaler La- alschnitt. varien: Beide leicht ver- ssert, kleincystisch degene- rt, werden ignipunktiert. entrofixation der ligament. unda.	Am 23. Febr. 1899. Wunde p. p. geheilt. Portio steht hinten. Fundus nach vorne, Stellung sehr gut.	
m 8. Febr. 1899. urettement d. cavum uteri. olporrhaphia poster. uerer Bogenschnitt f. Haut d Unterhaut. Vertikaler La- alschnitt. varien: Beide klein, narbig. trophie.) entrofixation der ligament. unda.	Am 21. Febr. 1899. Uterus liegt vorne, Portio hinten.	
m 22. Febr. 1899. urettement d. cavum uteri rineoplastik. uerer Bogenschnitt f. Haut d Unterhaut. Vertikaler La- alschnitt. varien: Rechtes Ovarium ophisch. Linkes Ovarium incystisch degeneriert, wird ipunktiert. entrofixation der ligament. unda.	Am 11. März 1899. Bauchwunde trotz Hämatom gut verheilt. Uterus befindet sich in guter Position.	

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 12	**Jgfr. B.,** 24-jährig, Hebamme	Menses mit 17 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3 bis 4 Tage lang, stark, mit Molim. Nullipara, von jeher Dysmenorrhoe. Heftige Krämpfe im Unterleib vor Eintritt der Menses. In der Zwischenzeit viel Kreuzweh. Constipiert.	Hymen intakt. Uterus retroverti etwas vergrössert, le mit Kugelzange au richten. Adnexe scheinen mal.
Nr. 13	**Fr. R.-B.,** 26-jährig, Hausfrau	Menses mit 17 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3 bis 4 Tage lang. 2 normale Geburten anno 97 und 98. Im 1. Wochenbett angeblich Fieber. Jetzt Kreuzschmerzen, besonders vor Eintritt der Menses. Menorrhagien. Fluor. Obstipation.	Portio nach vorne richtet. Im hintern Sc dengewölbe fühlt den relativ grossen ruskörper, frei be lich, leicht nach v zu bringen, kehrt gleich wieder in s alte Stellung zurüc
Nr. 14	**Jgfr. St.,** 38-jährig, Taglöhnerin	Menses mit 20 Jahren, unregelmässig 3—4-wöchentlich, 2—3 Tage lang, mit Molim. Nullipara. Schmerzen im Kreuz vor Eintritt der Menses. Obstipation.	Portio nach vorn richtet. Im hintern S dengewölbe fühlt den hühnereigrosse sten Uteruskörper. Adnexe sind nicl fühlen.
Nr. 15	**Fr. A.-W.,** 30-jährig, Glätterin	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 1 bis 2 Tage lang, ohne Molim. 1 normale Geburt anno 92. Im Anschluss an die Geburt entstand eine Retroversio uteri fixata. Dehnung der Adhäsionen in Narkose. Thomaspessar, später noch resorbierende Mittel, alles ohne grossen Erfolg. Kreuzschmerzen und ziehende Schmerzen in beiden Leisten bestanden fort.	Portio ziemlich stehend. Uterus retrover lässt sich mit dem dus nach vorne bri Ovarien: Rechtes rium tief stehend, vergrössert. Linkes rium ziemlich ver sert und schmerzh

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
m 11. März 1899. uerer Bogenschnitt durch t und Unterhaut. Verti-r Lateralschnitt. varien: Rechtes Ovarium incystisch degeneriert, wird ipunktiert. Linkes Ovarium rmal. Ventrofixation der ligament. unda.	Am 25. März 1899. Narbe solid, lineär, fällt ganz in d. Pubes. Uterus in guter Anteversio-Flexio.	
Am 18. Mai 1899. Querer Bogenschnitt durch ut und Unterhaut. Verti-ler Lateralschnitt. Ventrofixation der ligament. unda.	Am 2. Juni 1899. Uterus gut anteflektiert.	Kontrol. am 7. Juli 1899. Bauchnarbe schön, solide. Uterus ante. Fundus uteri gerade über der Symphyse.
Am 18. Mai 1899. Querer Bogenschnitt durch ut und Unterhaut. Verti-ler Lateralschnitt. Ovarien: Rechtes Ovarium kleincystisch degeneriert, rd ignipunktiert. Linkes arium normal. Ventrofixation der ligament. unda.	Am 2. Juni 1899. Wunde p.p. geheilt. Uterus gut antevertiert, etwas nach links stehend.	
Am 21. Juni 1899. Querer Bogenschnitt durch ut und Unterhaut. Verti-ler Medianschnitt. Links Hy-osalpinx Hühnerei gross. ntfernung des Tumors durch binden des uterinen Tuben-les. Ignipunktur einiger einen Cysten am linken Ova-um. Lösung einiger Adhäsionen rechten Ovarium und im uglas mit dem Paquelin. Ventrofixation der ligament. unda.	Am 8. Juli 1899. Wundverlauf ganz normal. Wunde p. p. geheilt. Uterus anteflektiert. Portio in der Beckenaxe.	Kontrol. am 18. September 1900. Uterus normal gelagert, gute Fixation. Beide Ovarien und rechte Tube vergrössert und druckempfindlich. Patientin klagt noch über Schmerzen in beiden Leisten, speciell bei körperlichen Anstrengungen.

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 16	**Fr. G.-O.,** 38-jährig, Hausfrau	Menses mit 24 Jahren, regelmässig, 4-wöchentl., 3—4 Tage lang, stark, ohne Molim. 6 normale Geburten von 89 bis 98. 3 Aborte. Wochenbetten immer normal. Seit 94 Kreuzschmerzen, besonders vor Eintritt der Menses, Gefühl von Schwere und Abwärtsdrängen. Pessarien erfolglos. Constipiert.	Portio nach v stehend. Uterus retroflekt lässt sich aufrichten aber Tendenz, wied seine alte Lage zur zukehren. Rechts etwas nach vorne ei hühnereigrosser Tu mit glatter Oberflä gut abgegrenzt, zien derb, nicht druck pfindlich.
Nr. 17	**Fr. B.-M.,** 31-jährig, Hausfrau	Menses mit 17 Jahren, unregelmässig,4-bis mehrwöchentlich, 3—4 Tage lang. Seit 4 Jahren regelmässig,4-wöchentlich, 9 Tage lang, stark, ohne Molim. 2 Geburten: anno 90 Zangengeburt, anno 92 normal. Seit 4 Jahren unbestimmte Schmerzen im Unterleib. Patientin kommt hauptsächlich wegen Prolapsus recti, leidet an Obstipation; war vor 4 Jahren hier wegen Blutungen.	Uterus von norm Gestalt und Grösse troflektiert und des diert.
Nr. 18	**Jgfr. L.,** 30-jährig, Haustochter	Menses mit 14 Jahren, unregelmässig, 3—4-wöchentlich, 4—5 Tage lang, mit starken Molim., besonders vor Eintritt der Menses. Nullipara. Schon seit mehreren Jahren Molim. vor Eintritt der Menses. Fluor. Epileptiforme Anfälle mit der Zeit der Molim. zusammenfallend.	Uterus retrovert nicht vergrössert. S gleitet etwas schwe 6 cm ein. Uterus sich ohne grosse schwerden aufricht An den Adnexen n Besonderes.

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
Am 26. Juni 1899. Querer Bogenschnitt durch Fett und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Beide mit kleinen Zysten versehen, werden ignipunktiert. Abtragung einer Ovarial-Geschwulst rechts an Stiel. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 12. Juli 1899. Wunde gut verheilt. Uterus ante.	
Am 31. Juli 1899. Operation des Mastdarmvorfalls. Curettement des cavum uteri. Querer Bogenschnitt durch Haut und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Adnexe ganz frei. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 19. Aug. 1899. Wunde p.p. geheilt. Uterus ganz antevertiert.	
Am 10. Oktober 1899. Curettement d. cavum uteri. Querer Bogenschnitt durch Fett und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Beide, mehr das rechte, gut um das doppelte vergrössert, kleincystisch degeneriert. Ignipunktur. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 3. Nov. 1899. Wundverlauf ganz normal. Wunde p. p. geheilt. Uteruskörper oberhalb der Symphyse durchzufühlen, nicht schmerzhaft, in Anteversionsstellung	

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 19	**Jgfr. T.,** 23-jährig, Erzieherin	Menses mit 15 Jahren, unregelmässig, 3—4-wöchentlich, 4—5 Tage lang, mit Molim. Nullipara. Vor ca. 2 Jahren Sprung aus bedeutender Höhe, hierauf sogleich Schmerzen im Kreuz und Unterleib, die seither nie mehr ganz geschwunden. Ring brachte nur kurze Zeit Erleichterung. Gegenwärtig häufige Magenkrämpfe, Kreuzschmerzen, Gefühl des Drangs nach abwärts. Fluor.	Uterus von norm Grösse, stark retro tiert und descend Beim Drängen tritt rus tiefer, aber ohne den äussern Genit zu erscheinen. In der Umgebung Uterus ist nichts normes wahrzuneh
Nr. 20	**Fr. G.-W.,** 31-jährig, Hausfrau	Menses mit 17 Jahren, unregelmässig, 2—4-wöchentlich, 5—6 Tage lang. 3 normale Geburten. Bei der 1. Geburt entstund ein ungenäht gebliebener Dammriss. Seit ca. 1 Jahr Kreuzschmerzen und Schmerzen im Unterleib, mehr rechts wie links, welche Beschwerden während der Menses zunehmen. Gefühl des Drangs nach abwärts. Constipiert. Zeitweise Harndrang. Fluor. Pessarbehandlung blieb erfolglos.	Leichter Prolaps hintern Vaginalw Uterus descendiert retrovertiert. Sonde gleitet Schmerzen auf 7 cm Uterus lässt sich was schwer und Schmerzen aufricht Adnexe scheinen mal zu sein.
Nr. 21	**Jgfr. J.,** 20-jährig, Dienstmagd	Menses mit 17 Jahren, unregelmässig, 2—4-wöchentlich, 5—6 Tage lang, stark, mit Molim. Nullipara. Seit ca. 1/2 Jahr Menorrhagie, ziemlich starke Molim. vor und während der Menses, mit einer gewissen Benommenheit im Kopf und grosser Müdigkeit. Constipiert. Früher Bleichsucht.	Hymen intakt. P zapfenförmig, sieht unten vorne. Sonde tet leicht auf 6 cm Uterus retrovertiert ohne Beschwerden aufgerichtet.

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
Am 11. Oktober 1899. Curettement d. cavum uteri. Querer Bogenschnitt d. Haut u. Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Rechts scheinen Tube und Ovarium ganz zu fehlen. Linke Tube normal, linkes Ovarium kleincystisch degeneriert, wird ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 27. Okt. 1899. Wundverlauf ganz normal. Wunde p. p. geheilt. Uterus vollständig in Anteversionsstellung. Uteruskörper oberhalb der Symphyse durchzufühlen, nicht schmerzhaft.	
Am 21. Oktober 1899. Curettement d. cavum uteri. Kleine Colporrhaphia poster. Querer Bogenschnitt d. Haut und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Rechtes Ovarium normal vergrössert, kleincystisch degeneriert, wird ignipunktiert. Linkes Ovarium frei. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 11. Nov. 1899. Wundverlauf ganz normal. Wunde p. p. geheilt. Patientin wird geheilt entlassen.	Kontrol. am 21. Dezember 1899. Uterus jetzt ganz normal gelagert. Menses noch etwas stark. Ausser zeitweisen Magenschmerzen keinerlei Beschwerden im Abdomen mehr.
Am 25. Oktober 1899. Currettement d. cavum uteri. Querer Bogenschnitt durch Haut und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Beide sind kleincystisch degeneriert, werden ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 13. Nov. 1899. Wundverlauf ganz normal. Wunde p. p. geheilt. Uterus gut antevertiert.	

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 22	**Fr. A.-M.,** 28-jährig, Hausfrau	Menses mit 15 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3—4 Tage lang, seit 2 Jahren unregelmässig, stark, mit Molim. 2 normale Geburten, anno 92 und 93. Anno 94 Frühgeburt im 7. Monat. Im Jahr 96 war Patientin schon hier wegen Endometritis, anno 97 wurde die Vaginofixation ausgeführt. Seit ca. 1/2 Jahr Schmerzen im Unterleib und Kreuz, speciell beim Gehen und Treppensteigen, und stark während der Menses, die fast alle 14 Tage sehr profus auftreten. Während der Menses starke Kopfschmerzen und Erbrechen. Obstipiert.	Uterus nicht verg sert, sehr mobil, ni jetzt eine Retroversi stellung ein, lässt mit der Sonde sehr le in Anteversionsstel bringen. Ovarien als kleine per deutlich fühlba
Nr. 23	**Jgfr. St.,** 32-jährig	Menses mit 12 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3 Tage lang, mit Molim. Nullipara. Patientin hat schon seit Jahren Molim. während der Menses. Seit 1 Jahr sind dieselben gesteigert und sind auch in der Zwischenzeit vorhanden in Form des Gefühls des Drucks nach unten u. in Form stechender Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Fluor. Constipiert. Früher Bleichsucht.	Uterus nicht verg sert, retrovertiert, sich mit Sonde le aufrichten und an male Stelle brin Nachbarteile frei.
Nr. 24	**Jgfr. Ch.,** 30-jährig, Lehrerin	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3 Tage lang, mässig stark, ohne Molim. Nullipara. Seit ca. 2 1/2 Jahren, angeblich nach einer stärkeren körperlichen Anstrengung, Kreuzschmerzen u. ziehende Schmerzen zu beiden Seiten zwischen und während der Menses. Während der Menses dazu noch Krämpfe im Unterleib mit dem Gefühl des Drucks nach unten. Fluor. Constipiert. Hysterica!	Uterus descendier stark retrovertiert, r vergrössert. Sonde gl auf 6 1/2 cm ein. Adnexe scheinen mal zu sein.

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
Am 26. Oktober 1899. Querer Bogenschnitt durch Haut und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Rechtes Ovarium zieml. vergrössert und in toto verändert, Tube samt Tube mit Catgut genäht und mit dem Paquelin abgetragen. Linke Adnexe normal. Ventrofixation der ligament. rotunda. Präp.: Verändertes Ovarium dextr. ein Fibroma Ovarii (Langhans).	Am 13. Nov. 1899. Wundverlauf mit Ausnahme eines kleinen Hämatoms ganz normal. Patientin wird geheilt entlassen. Portio nach unten hinten gerichtet. Uterus in guter Anteversionsstellung.	
Am 26. Oktober 1899. Curettement d. cavum uteri. Querer Bogenschnitt d. Haut und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Rechtes Ovarium normal. Linkes Ovarium vergrössert, kleincystisch degeneriert, wird ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 14. Nov. 1899. Trotz eines kleinen Hämatoms Wunde solide verheilt. Uterus in guter Anteversionsstellung. Pat. wird geheilt entlassen.	
Am 1. Dez. 1899. Querer Bogenschnitt durch Haut und Unterhaut. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Beide kleincystisch degeneriert, werden ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 23. Dez. 1899. Wundverlauf mit Ausnahme eines Hämatoms ganz normal. Wunde solide verheilt. Patientin wird beschwerdenfrei entlassen.	Kontrol. am 2. Oktober 1900. Uterus ganz normal gelagert. Patientin hat nur noch hysterische Beschwerden, aber geringer wie früher.

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 25	**Jgfr. D.,** 22-jährig, Ladentochter	Menses mit 12 Jahren, regelmässig, 3-wöchentlich, 5—6 Tage lang, die ersten 3 Tage ziemlich stark, mit Krämpfen im Unterleib. Nullipara. Seit Beginn der Menses Krämpfe im Unterleib während der Menses, mit dem Gefühl des Drucks nach unten, speziell bei körperlichen Anstrengungen. Fluor. Pessarbehandlung erfolglos.	Uterus normal g retrovertiert. Sonde ohne Mühe auf 6 cm Uterus steht e tiefer, wie gewöhn lässt sich mit der Ku zange leicht bis in Eingang der Vagina runterziehen. Adnexe scheinen mal.
Nr. 26	**Jgfr. S.,** 33-jährig, Fabrikarbeiterin	Menses mit 18 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3—4 Tage lang. Seit ca. 10 Jahren 3-wöchentlich, 8 Tage lang, profus, mit Molim. Seit ca. 6 Jahren während und auch zwischen den Menses zeitweise stechende Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Gefühl des Drangs nach unten. Fluor. Nullipara.	Uterus retrovert lässt sich nur mit Sonde in Anteversi stellung bringen, aber sofort wieder in alte Stellung zur Fluor. Adnexe scheinen mal.
Nr. 27	**Jgfr. W.,** 21-jährig, Köchin	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3 Tage lang, schwach, ohne Molim. Nullipara. Seit ca. 1 Jahr Gefühl des Drucks nach abwärts und Kreuzschmerzen. Zuerst bestanden die Beschwerden nur während der Menses, in letzter Zeit auch in der Zwischenzeit bei körperlichen Anstrengungen. Fluor.	Uterus retrovert leicht descendiert, weglich. Beide Ovarien, spe das rechte, etwas cendiert und vergrös

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
...a 15. Jan. 1900. ...uerer Bogenschnitt durch ...t und Unterhaut. Verti... Lateralschnitt. Adnexe ...hts Besonderes. ...entrofixation der ligament. ...unda.	Am 5. Febr. 1900. Wundverlauf ganz normal. In den ersten Tagen Kathetrismus. Wunde p. p. geheilt. Uterus in guter Anteversionsstellung. Pat. hat keinerlei Beschwerden mehr, wird geheilt entlassen.	
Am 31. Jan. 1900. ...urrettement d. cavum uteri. ...erer Bogenschnitt d. Haut ...d Unterhaut. Vertikaler La... alschnitt. Ovarien: Beide etwas ver...össert und cystisch degene...rt, werden ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. ...unda.	Am 26. Febr. 1900. Leichte Drucknekrose an der Girardschen Naht. Wundverlauf sonst ganz normal. Die letzten Tage war Patientin sonst unpässlich, wurde dann aber geheilt entlassen.	
Am 8. Febr. 1900. Querer Bogenschnitt durch ...ut und Unterhaut. Verti...ler Lateralschnitt. Ovarien: Rechtes Ovarium ...rgrössert, cirka Baumnuss ...oss, weniger cystisch, als ...rch festes Gewebe verändert. ...nkes Ovarium weniger ver...össert, rein cystisch degene...rt. Beide Ovarien werden ...ipunktiert. Ventrofixation der ligament. ...unda.	Am 23. Febr. 1900. Leichte Druckeffekte von der Girardschen Naht. Wundverlauf sonst ganz normal. In den ersten Tagen Kathetrismus. Wunde p. p. geheilt. Uterus steht in schöner, idealer Anteversionsstellung.	

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 28	**Fr. V.-R.,** 35-jährig, Hausfrau	Menses mit 13 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3—4 Tage lang, ohne Molim. 5-mal geboren: 93 Abort im 3. Monat, 94 und 96 normale Geburten, 97 und 99 Abort im 3. Monat, das letzte Mal Ausräumung durch den Arzt. Seit 3 Jahren, d. h. nach dem Abort anno 97, Menses stärker. Kreuz- und Unterleibsschmerzen während der Menses und in der Zwischenzeit, spec. bei körperlich. Anstrengungen. Fluor. Constipation. Zeitweiser Harndrang. Früher Bleichsucht.	Uterus retroverti descendiert, beweglich
Nr. 29	**Fr. St.-B.,** 37-jährig, Glätterin	Menses mit 14 Jahren, regelm., 3—4-wöchentlich, 4 Tage lang. Nullipara. Seit ca. 12 Jahren dysmenorrhoische Beschwerden, die in letzter Zeit noch zugenommen haben. Vor 7 Jahren schon konstatierte der Arzt eine Gebärmuttersenkung; die damals anempfohlene Operation wurde verweigert. Da die Beschwerden nun stärker geworden und seit ca. 10 Wochen noch Beschwerden von seiten einer linksseitigen Leistenhernie hinzugetreten, so wünscht Patientin die Operation. Fluor.	Uterus stark retro tiert, etwas vergrös mittelst der Sonde l in Anteversionsstel zu bringen. Ovarium rechts grössert, deutlich bar.
Nr. 30	**Jgfr. N.,** 29-jährig, Glätterin	Menses mit 18 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3—4 Tage lang. Seit ca. 1/4 Jahr Menses unregelmässig, 4—6-wöchentlich, 2—3 Tage lang, mit Molim. Nullipara. Im Februar 99 Alexanderoperation. Seit 1/4 Jahr wieder Unterleibsbeschwerden, stechende Schmerzen im Kreuz und in der rechten Leiste, stärker während der Menses, aber auch in der Zwischenzeit vorhanden. Fluor. Constipation. Spitzenkatarrh.	Portio sieht vorne. Uterus etwas verg sert, stark retrovert Sonde gleitet leicht 7 cm ein. Uterus le aber unter Schme aufrichtbar. Ovarium rechts w vergrössert, descend sehr druckempfind

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
Am 24. März 1900. ...erer Bogenschnitt durch ...t und Unterhaut. Verti... Lateralschnitt. Adnexe ...nal. ...entrofixation der ligament. unda.	Am 17. Apr. 1900. Wundverlauf ausser eines kleinen Hämatoms normal. Geheilt entlassen.	Kontrol. am 26. Juni 1900. Uterus anteflektiert. Patientin hat noch über leichte Molim. bei den Menses zu klagen.
Am 26. April 1900. Operation der Hernie. Vertikaler Lateralschnitt. Rechtes Ovarium stark verössert, Baumnuss gross, wird mit Tube mit dem Paquelin getragen. Linkes Ovarium kleincystisch generiert, wird ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. unda.	Am 18. Mai 1900. Wundverlauf ausser eines kleinen Hämatoms normal. Wunde bei der Entlassung solide verheilt. Uterus in guter Anteversio-Flexio.	
Am 30. April 1900. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Beide sind gut um ...doppelte vergrössert, zeigen ...härtungen u. kleincystische ...generation, dieselben werden ...eziert u. die Schnittfläche der ...tragung wird mit fortlaufender Catgutnaht geschlossen. Ventrofixation der ligament. unda.	Am 29. Mai 1900. Wundverlauf mit Ausnahme eines kleinen Hämatoms normal. Wunde gut und solide verheilt. Uterus in guter Anteversions - Flexions-Stellung. Wegen Lungenspitzenkatarrhs wird Pat. nach der medizinisch. Klinik transferiert.	

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
Nr. 31	**Fr. W.-Sch.,** 29-jährig, Hausfrau	Menses mit 16 Jahren, unregelmässig, sehr verschieden, nur 1 Tag lang, schwach, mit Krämpfen. Seit Patientin verheiratet, d. h. seit ca. 10 Jahren, Menses regelmässig, 4-wöchentlich, 4—8 Tage lang, stärker wie früher, ohne Molim. 8 Geburten von 90—99 im Dezember. 1. Geburt Abort im 3. Monat (traumatisch), 7 andere Geburten rechtzeitig, normal. Nach der letzten Geburt Fieber mit stechenden Kreuzschmerzen und ziehenden Schmerzen in beiden Leisten. Beschwerden haben in letzter Zeit noch zugenommen und hat Patientin speciell bei körperlichen Anstrengungen das Gefühl des Drangs nach abwärts.	Portio einer Meh bärenden, nach vo gerichtet. Uterus retrovertier xiert. Mit der Sor die auf 7 cm vordri lässt sich Uterus u Schmerzen aufrichte Adnexe sind nicht abzutasten.
Nr. 32	**Fr. G.-St.,** 28-jährig, Hausfrau	Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 8—10 Tage lang, profus, mit Molim. 2 normale Geburten 97 u. 99. Seit der 1. Geburt unterleibsleidend, Kreuzschmerzen, ziehende Schmerzen in beiden Leisten, Gefühl des Drangs nach abwärts, speciell bei körperlichen Anstrengungen. Diese Beschwerden haben in letzter Zeit stark zugenommen. Fluor. Constipation.	Beim Pressen wö sich sowohl vordere hintere Vaginalwand weise vor. Portio e Mehrgebärenden, stehend und nach v sehend. Uterus no gross, retrovertiert, sich bimanuell auf ten. Sonde dringt leicht ohne Schmerzen auf ein. Ovarien beide zien vergrössert und dr empfindlich.
Nr. 33	**Fr. H.-H.,** 43-jährig, Hausfrau	Menses mit 12 Jahren, regelmässig, 3-wöchentlich, 4—5 Tage lang, profus, mit Krämpfen und Kreuzschmerzen. 1 Geburt im Dezember 99. Zangengeburt. Manuelle Placentarlösung. Starker Dammriss, angeblich genäht. Nach	Damm wird nur d eine 1 cm breite, na Brücke gebildet. Pressen wölbt sich dere Vaginalwand i Schamspalte vor. P plump, senkrecht hend. Uterus retr

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
23. Mai 1900. tikaler Lateralschnitt. rus stark retrovertiert. chtrennte Adhäsionen auf Rückfläche des Uterus noch weisbar. varien: Beide sind um das pelte vergrössert u. klein-isch degeneriert, werden punktiert. entrofixation der ligament. nda.	Am 9. Juni 1900. Wundverlauf ganz normal. Wunde p. p. geheilt. Uterus in guter Anteversio-Flexio. Pat. wird geheilt entlassen.	
m 23. Mai 1900. ertikaler Lateralschnitt. varien: Beide sind um das fache vergrössert und zei-zum Teil kleincystische eneration, werden igni-ktiert. entrofixation der ligament. nda.	Am 9. Juni 1900. Wundverlauf ganz normal. Wunde bei der Entlassung solide verheilt. Uterus in guter Anteversions - Stellung, von oben nach unten gut beweglich. Rechtes Ovarium noch klein-Taubenei gross, nur wenig druckempfindlich.	Kontrol. am 6. Juli 1900. Uterus in tadelloser Anteversio. Narbe solide und schmerzfrei. Subjektives Befinden auch sehr gut.
m 26. Mai 1900. ertikaler Lateralschnitt. varien: Beide wenig ver-sert und zum Teil klein-isch degeneriert, werden punktiert. ntrofixation der ligament. nda.	Am 21. Juni 1900. Wundverlauf ganz normal. Wunde bei der Entlassung solide verheilt. Uterus in guter Anteversions - Stellung,	

	Personalien	Anamnese	Genitalstatus
		der Geburt Scheidenvorfall, der sich allmälig vergrössert hat. Speciell bei körperlichen Anstrengungen hat Patientin über Kreuzschmerzen und das Gefühl des Drangs nach abwärts zu klagen. Ring war erfolglos. Fluor. Zeitweise Harndrang. Constipation. Früher Bleichsucht.	tiert, lässt sich bimar leicht aufrichten, ni aber beim Nachla seine alte Lage g wieder ein. Adnexe scheinen mal.
Nr. 34	**Jgfr. B.,** 33-jährig, Landarbeiterin	Menses mit 20 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 1—2 Tage lang, schwach, vor Eintritt der Menses Kreuzschmerzen und ziehende Schmerzen in beiden Leisten. 1 normale Geburt im März 1900. Patientin musste von jeher schwer arbeiten. Nach der Geburt verschlimmerten sich obige Beschwerden und es trat noch das Gefühl des Drangs nach abwärts hinzu. Fluor. Constipation. Gegenwärtig noch leichte diffuse Bronchitis.	Portio steht etwas sieht nach vorne. Uterus normal g retrovertiert, sehr m lässt sich bimanuell leicht aufrichten. Rechtes Ovarium das doppelte vergrös cystisch, ziemlich dr empfindlich, beweg
Nr. 35	**Jgfr. L.,** 24-jährig, Magd	Menses mit 15 Jahren, regelmässig, 4-wöchentlich, 3 Tage lang, stark, mit Kreuzschmerzen und ziehenden Schmerzen in beiden Leisten, speciell vor dem Eintritt. Seit 2 Jahren unregelmässig, 2—5-wöchentlich, mit Molim., wie oben, nur noch stärker und auch zwischen den Menses, speciell bei körperlichen Anstrengungen. Fluor. Constipation. Nullipara.	Hymen erhalten, ker Fluor. Portio v nell. Uterus retrovert lässt sich bima leicht in Anevers stellung bringen. P lässt sich unter leic Zuge bis an den in tus vaginæ heru ziehen. Beide Ovarien vergrössert und d empfindlich.

Operation	Entlassungsstatus	Bemerkungen
Anschliessend Perineoplastik.	von oben nach unten zl. mobil.	
Am 2. Juni 1900. Vertikaler Lateralschnitt. Uterus sehr stark nach hinten gelagert, sehr beweglich, lässt sich sogar ausserhalb d. Bauchwunde herausziehen. Ovarien: Beide, auch das rechte Parovarium kleincystisch degeneriert, werden ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 21. Juni 1900. Wundverlauf ganz normal. Wunde solide verheilt. Uterus gut antevertiert, von oben nach unten gut beweglich.	
Am 12. Sept. 1900. Curettement des cavum uteri. Vertikaler Lateralschnitt. Ovarien: Beide kleincystisch degeneriert, vergrössert, werden ignipunktiert. Ventrofixation der ligament. rotunda.	Am 26. Sept. 1900. Wundverlauf ganz normal. Wunde gut und solide verheilt. Uterus in guter Anteversions-Flexions-Stellung. Geheilt und beschwerdenfrei entlassen.	Am 20. Oktober 1900 kontrol. Uterus immer noch in sehr guter Stellung. Rechtes Ovarium noch etwas vergrössert und druckempfindlich.

Litteratur.

Bion, Resultate der Ventrofixatio uteri, Dissertation. Zürich 1893.

Boldt, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtsh. zu New York. (März 1890.) Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1890. Pag. 873.

Boralevi, Hysteropexie und Schwangerschaft. Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1898. Pag. 918.

Brautlecht, Zur Ventrofixatio uteri. Diss. inaug. Freiburg im Br. 1895.

Czempin, Eine neue Operationsmethode der Retroflexio uteri. (Ventrofixation des Uterus ohne Eröffnung der Bauchhöhle.) Deutsche mediz. Wochenschr. 1894.

Czerny, Ueber die Vernähung der rückwärtsgelagerten Gebärmutter. Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1889. Pag. 743.

Debrunner, Zur vaginalen und ventralen Fixation der rückwärtsgelagerten Gebärmutter. Korrespondenzbl. für Schweizer-Aerzte. 1890.

Fehling, Ueber mechan. und operative Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. Korrespondenzbl. für Schweizer-Aerzte. 1891.

Flaischlen, Zur Ventrofixatio uteri. Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. 1891. Bd. XXII.

Flaischlen, Zur Ventrofixatio uteri. Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XXX.

Frankel, Ueber die Dauererfolge der gegen die Retrodeviationen des Uterus gerichteten Operationen. Deutsche mediz. Wochenschr. 1894.

Fraipont, De la grossesse après l'hystéropexie abdominale pratiquée pour rétroflexion utérine. Arch. de tocol. et de gynéc. Paris 1891.

Fritsch, Ventrofixation u. Vaginofixation. Deutsche mediz. Wochenschr. 1894.

Fritsch, Ueber Retroflexionsbehandlung. Centralbl. für Gynäkol. 1897. Pag. 1009.

Frommel, Ueber operative Behandlung des retroflektierten Uterus. Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1889. Pag. 94.

Gottschalk, Zur Frage des Einflusses der Ventrofixatio uteri auf spätere Schwangerschaft. Centralbl. für Gynäkol. 1891. Pag. 154.

Gottschalk, Ventrofixatio uteri und Schwangerschaft. Erwiderung an Herrn Prof. Dr. M. Sänger. Centralbl. für Gynäkol. 1891. Pag. 397.

Græfe, Ueber die Behandlung (insbesondere die operative) der Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Sammlung klinischer Vorträge. N. F. Nr. 125. 1895.

Guérard, Cöliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrifixur. Centralbl. für Gynäkol. 1896. Nr. 20.

Hégar, Operative Gynäkologie. 1897.

Kaltenbach, Centralbl. für Gynäkol. 1889. Pag. 731.

Klotz, Die operative Behandlung der Retroflexio uteri fixati. Centralbl. für Gynäkol. 1888.

Klotz, Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtsh. zu Dresden. Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1891. Nr. 4.

Kötschau, Zur Behandlung der Retroversio-Flexio uteri. Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1899. Pag. 607.

Küstner, Zur Indikationsstellung und Methode der Laparotomie wegen Retroflexio uteri. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkol. 1889.

Küstner, Ueber Ventrofixatio uteri. Centralbl. für Gynäkol. 1889.

Küstner, Die Behandlung komplizierter Retroflexionen und Prolapse, besonders durch ventrale Operation. Sammlung klinischer Vorträge. N. F. 1890. Nr. 9.

Lanz, Die Alquié-Alexander'sche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio uteri nach Kocher. Arch. für Gynäkol. Bd. XLIV. 1893.

Leopold, Ueber die Annähung der retroflektierten Gebärmutter an die vordere Wand. Centralbl. für Gynäkol. 1888.

Leopold, Ueber die Annähung der retroflektierten aufgerichteten Gebärmutter an die vordere Bauchwand. Sammlung klinischer Vorträge. 1889. Gynäkol. Nr. 95.

Leopold, Ventrofixatio uteri und Schwangerschaft. Centralbl. für Gynäkol. 1891.

Löhlein, Ueber Schwangerschaft im ventrofixierten Uterus. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1894.

Miländer, Ventrofixation des Uterus, Schwangerschaft und Querlage des Kindes. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XXXIII.

Olshausen, Ueber ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio uteri. Centralbl. für Gynäkol. 1886.

Olshausen, Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XXXII. 1895.

Sänger, Ueber operative Behandlung der Retroversio-Flexio uteri. Centralbl. für Gynäkol. 1888.

Sänger, Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio uteri retroflexi. Centralbl. für Gynäkol. 1891. Pag. 305—315 und pag. 881—884.

Veit, Die Indikationsstellung für die Behandlung der Retroflexio uteri. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol. 1890. Bd. XX.

Wegener, Ventrofixatio uteri mit nachfolgender Schwangerschaft. Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1893. Pag. 283.

Zeimot, Les résultats de l'hystéropexie abdominale. Refer. Centralbl. für Gynäkol. 1899. Pag. 13.